



**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica**  
**Trabalho de Projeto**

**Sistema de Triagem de Manchester:**  
**Intervenção do Enfermeiro na Promoção da Segurança**  
**da Pessoa em Situação Crítica nos Serviços de**  
**Urgência em Moçambique**

**Abelísio Edérito Anselmo Bila**

**Lisboa**

**2016**



**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica**  
**Trabalho de Projeto**

**Sistema de Triagem de Manchester:**  
**Intervenção do Enfermeiro na Promoção da Segurança**  
**da Pessoa em Situação Crítica nos Serviços de**  
**Urgência em Moçambique**

**Abelísio Edérito Anselmo Bila**


Orientador: Professora Doutora Carla Nascimento

||

**Lisboa**

**2016**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“A diferença entre o possível e o impossível está na vontade humana”

**Louis Pasteur**



## **AGRADECIMENTOS**

A realização deste trabalho só foi possível com o apoio de várias pessoas para as quais endereço o meu mais sincero e profundo agradecimento.

À Presidência da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e à Coordenação do Curso pela possibilidade de integrar o Curso de Mestrado e pelo acompanhamento durante todo o processo de formação.

Aos meus professores e colegas do Curso, por tudo o que me deram e ensinaram.

Um agradecimento especial a minha orientadora, Professora Doutora Carla Nascimento, pelo suporte e paciência que caracterizou a sua orientação, bem como, pelos seus ensinamentos valiosos.

A todas as pessoas que integraram o desenvolvimento do Trabalho de Projeto, obrigado pela cooperação e pelo apoio incondicional.

À minha mãe, esposa, filhos, demais familiares e amigos em Moçambique, que apesar da ausência física não deixaram de me apoiar, compreender e de dar força quando mais precisei.

... a todos endereço o meu Muito Obrigado!

## **DEDICATÓRIA**

Ao meu pai **Anselmo Alexandre Bila** (in memoriam) que dignamente desde tenra idade mostrou a importância da formação para a minha edificação como um homem em superação e como um profissional habilitado para os desafios da atualidade.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

**ATS** – Australian Triage Scale

**CMEEPSC** – Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

**CS** – Centro de Saúde

**CTAS** – Canadian Triage and Acuity Scale

**ESEL** – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

**ESI** – Emergency Severity Index

**GPT** – Grupo Português de Triagem

**MTG** – Manchester Triage Group

**PS** – Posto de Saúde

**PSC** – Pessoa em Situação Crítica

**RIL** – Revisão Integrativa de Literatura

**SNS** – Sistema Nacional de Saúde

**SO** – Sala de Observação

**ST** – Sistema de Triagem

**STH** – Sistema de Triagem Hospitalar

**STM** – Sistema de Triagem de Manchester

**SU** – Serviço de Urgência

## RESUMO

O presente Trabalho de Projeto visa contribuir para a promoção da segurança da pessoa em situação crítica admitida no serviço de urgência em Moçambique. A problemática emerge da implementação do Sistema de Triage de Manchester num serviço de urgência de um Hospital Geral em Moçambique.

Neste serviço, (i) a triagem é realizada por médicos e técnicos de medicina sem formação específica, (ii) a infraestrutura não organiza as pessoas que a ele recorrem por prioridades clínicas e (iii) há falta de equipamento para a otimização do sistema de triagem implementado. Esta realidade promove uma desarticulação entre a equipa interdisciplinar e os diferentes setores do serviço de urgência no atendimento e encaminhamento da pessoa em situação crítica admitida, afetando a segurança dos cuidados de saúde.

Este trabalho propõe a implementação de um fluxograma de atendimento e encaminhamento da pessoa no serviço de urgência de um Hospital Geral em Moçambique com o Sistema de Triage de Manchester integrado. Considera-se que esta operacionalização irá contribuir para a melhoria do fluxo de pessoas, a maximização do trabalho em equipa, a otimização do uso da tecnologia e, fundamentalmente, para a segurança da pessoa.

As várias etapas espelhadas neste documento sustentadas na Metodologia de Projeto contribuíram para o desenvolvimento das seguintes competências especializadas de enfermagem: gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional; mobilizar com rigor os dados dos relatórios de investigação; elaborar projetos de investigação coerentes; selecionar fontes de informação relevantes para a tomada de decisão; demonstrar um nível aprofundado de conhecimento numa área específica da enfermagem e consciência crítica para os problemas atuais da disciplina; abordar questões complexas de modo sistemático, reflexivo, criativo e inovador; expor com clareza e argumentar os resultados do meu próprio raciocínio; dinamizar a resposta a situações de emergência, da conceção à ação; maximizar intervenções na prevenção, controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica.



**Palavras-Chave:** Sistema de Triagem de Manchester, serviço de urgência, fluxograma de atendimento e encaminhamento, segurança da pessoa.

## **ABSTRACT**

The goal of this project report is to contribute to the safety of a person in a critical situation admitted in the emergency department of Mozambique. The problem emerged during the implementation of Manchester Triage System in the emergency department of a General Hospital in Mozambique.

In this service, it was observed that: the triage is done by medical doctors and technicians without specific training; the infrastructure does not organize people according to clinical priorities; and there is a lack of equipments to optimize the implemented triage system. These problems promote disarticulation of the interdisciplinary team with different sectors of the emergency department concerning the assistance and referral of the person admitted in critical situation which affects the health care and safety.

This report proposes the implementation of a flowchart based on the Manchester Triage System for the assistance and referral of a person admitted in emergency department of a General Hospital in Mozambique. Its implementation will contribute to improve the flux of people in the emergency department, maximize the team work, optimize the use of technologies and improve the quality of services provided to the person.

The steps reflected in this document, supported by the project Methodology, contributed to the development of nursing skills given as follows: care management, optimization of nursing team response in connection with the multi-professional team; collect accurate data from research reports; develop consistent research projects; select relevant sources of information for decision making; demonstrate deep knowledge in a specific nursing area of a critical awareness for the current problems of discipline; address complex issues in systematic, reflective, creative and innovative way; expose and argue clearly the results of my own thinking; streamline the response to emergency situations, from the design to the action; maximize interventions in infection control and prevention, towards the person in critical condition.

**Keywords:** Manchester Triage System, emergency department, flowchart of assistance and referral, personal safety.

## **ÍNDICE**

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....</b>	<b>17</b>
1.1. Triage nos hospitais .....	17
1.2. Sistemas de triagem hospitalar .....	18
1.3. Fluxograma de atendimento e encaminhamento no serviço de urgência .	23
1.4. A teoria de enfermagem na promoção da segurança no serviço de urgência.....	24
<b>2. APRESENTAÇÃO DO TRABALHO DE PROJETO .....</b>	<b>27</b>
2.1. O contexto do serviço de urgência em moçambique.....	27
2.2. Diagnóstico da situação .....	31
2.3. Definição dos objetivos .....	32
2.4. Planeamento de atividades, dos meios e das estratégias.....	32
2.5. Competências desenvolvidas .....	41
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>45</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>49</b>

## **ANEXOS**

### **ANEXO I – Fluxograma do Sistema de Triage de Manchester**

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I – Cronograma das atividades**

**APÊNDICE II – Estratégia de pesquisa da Revisão Integrativa de Literatura**

**APÊNDICE III – Guião de conversas informais no Serviço de Urgência de um Hospital Central da área de Lisboa**

**APÊNDICE IV – Despacho do pedido de autorização para a colheita de dados no Serviço de Urgência do Hospital Geral em Moçambique**

**APÊNDICE V – Guião de entrevista no Serviço de Urgência do Hospital Geral em Moçambique**

**APÊNDICE VI – Protocolo de entrevista no Serviço de Urgência do Hospital Geral em Moçambique**

**APÊNDICE VII – Equipamento a adquirir para a otimização do Sistema de Triage de Manchester no Serviço de Urgência do Hospital Geral em Moçambique**

## **ÍNDICE DE QUADROS**

<b>Quadro 1 – Sistemas de Triagem, prioridade clínica e tempo alvo para observação.....</b>	<b>22</b>
<b>Quadro 2 – Recursos humanos do Serviço de Urgência do Hospital Geral em Moçambique.....</b>	<b>30</b>
<b>Quadro 3 – Número de pessoas admitidas por setor nos anos 2014 e 2014 .....</b>	<b>31</b>
<b>Quadro 4 – Categorias e subcategorias das entrevistas.....</b>	<b>34</b>

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

<b>Figura 1 – Proposta de fluxograma de atendimento e encaminhamento no Serviço de Urgência.....</b>	<b>39</b>
--	-----------

## INTRODUÇÃO

Este documento, apresentado sob a forma de relatório de Trabalho de Projeto, visa o desenvolvimento de conhecimento e de competências ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica (CMEEPSC), constituindo-se um requisito à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

Na qualidade de enfermeiro que exerce funções num Serviço de Urgência (SU) em Moçambique, ao longo da minha prática profissional percecionei que a nível do território nacional a maior parte dos SU não têm implementado um sistema de atendimento das pessoas de acordo com prioridades clínicas estabelecidas e protocoladas. Como tal, os cuidados de saúde são prestados tendo em conta a hora da chegada da pessoa ao SU, e não de acordo com uma avaliação física e critérios clínicos devidamente identificados e reconhecidos por um profissional de saúde qualificado.

Tendo em conta o supramencionado, e considerando a realidade do Sistema Nacional de Saúde (SNS) Português, ingressei no CMEEPSC com a finalidade de desenvolver competências especializadas na área da segurança da Pessoa em Situação Crítica (PSC) em SU.

Em 2009, o Grupo Português de Triagem (GPT) defende que a missão do SU é prestar atendimento às pessoas emergentes e urgentes, pelo que a sua avaliação não deve ser realizada em função de critérios administrativos mas sim em função da sua necessidade clínica. Neste sentido, em Maio de 2015 foi implementado no SU de um Hospital Geral localizado na Cidade de Maputo, Moçambique, o Sistema de Triagem de Manchester (STM), de modo a possibilitar o atendimento prioritário das pessoas admitidas, de acordo com a gravidade da sua situação clínica.

O STM é um Sistema de Triagem (ST) frequente na União Europeia com validação pela sua capacidade discriminativa na avaliação do risco clínico da pessoa à entrada do SU (Cooke & Jinks, 1999; Manchester Triage Group, 2014; Storm-Versloot, Ubbink, Chin a Choi, & Luitse, 2009), contribuindo não só para a promoção da sua segurança mas também, para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados,

uma vez que a segurança da pessoa constitui um dos grandes desafios dos cuidados de saúde do século XXI (Santos, Grilo, Adrade, Guimarães, & Gomes, 2010).

Desta forma, proponho com este trabalho a implementação de um fluxograma de atendimento e encaminhamento no SU do Hospital Geral em Moçambique, desejando que o mesmo favoreça uma ligação harmoniosa entre a tecnologia e o ato de cuidar em enfermagem (Locsin, 2005; Locsin & Purnell, 2007), promovendo a segurança da pessoa.

Na realização deste Trabalho de Projeto esteve presente o desenvolvimento de competências preconizadas pelo CMEEPSC (ESEL, 2010) das quais gostaria de salientar as seguintes: gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional; mobilizar com rigor os dados dos relatórios de investigação; elaborar projetos de investigação coerentes; selecionar fontes de informação relevantes para a tomada de decisão; demonstrar um nível aprofundado de conhecimento numa área específica da enfermagem e consciência crítica para os problemas atuais da disciplina; abordar questões complexas de modo sistemático, reflexivo, criativo e inovador; expor com clareza e argumentar os resultados do meu próprio raciocínio; dinamizar a resposta a situações de emergência, da conceção à ação; maximizar intervenções na prevenção, controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica.

Para o atingir destas competências, defini como objetivo geral do Trabalho de Projeto contribuir para a promoção da segurança da pessoa em situação crítica admitida no Serviço de Urgência de um Hospital Geral em Moçambique. Como objetivos específicos defini:

- ✓ Desenvolver competências de enfermagem na área da triagem no serviço de urgência;
- ✓ Desenvolver um fluxograma de atendimento e encaminhamento no serviço de urgência.

De modo a atingir os objetivos propostos defini as seguintes atividades: estágio de observação num SU de um Hospital Central da área de Lisboa, entrevistas semi-diretivas aos profissionais de saúde do SU do Hospital Geral em Moçambique e o Curso de Triagem pelo Grupo Português de Triagem (GPT).



Na sua estrutura, o documento encontra-se dividido em três capítulos. O primeiro, dedicado ao enquadramento teórico onde é feita uma breve apresentação dos conceitos de triagem e de sistema de triagem hospitalar, fluxograma de atendimento e encaminhamento no serviço de urgência. Acresce a intervenção especializada do enfermeiro na promoção da segurança da pessoa no serviço de urgência com referência à teoria de enfermagem *Technological competency as caring in nursing*, a qual suportou a minha ação dado que a implementação do Sistema de Triagem de Manchester no serviço de urgência do Hospital Geral em Moçambique envolve a otimização da tecnologia para a tomada de decisão no processo de prestação de cuidados de saúde.

O segundo capítulo é dedicado à apresentação do projeto desenvolvido, tendo como base a Metodologia de Projeto de acordo com Ferrito, Nunes, e Ruivo (2010). Este capítulo termina com uma descrição objetiva dos resultados obtidos ao longo do desenvolvimento do projeto visando as competências de Mestre em Enfermagem na área de Especialização Pessoa em Situação Crítica.

Por último, um momento de considerações finais com uma síntese reflexiva em torno dos aspetos significativos deste processo de formação, identificando limitações, dificuldades sentidas, estratégias utilizadas e a possibilidade de projetos futuros na área. Este documento foi redigido em conformidade com o novo acordo ortográfico e com as Normas da *American Psychological Association* (APA).



## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo visa mapear o quadro teórico que sustenta o desenvolvimento do Trabalho de Projeto. Foi elaborado tendo por base a leitura e análise de documentos fundamentais para uma melhor compreensão do tema, o que posteriormente conduziu a realização de uma Revisão Integrativa de Literatura (RIL) visando justificar a necessidade de implementação de um fluxograma de atendimento e encaminhamento da pessoa no serviço de urgência, dando assim relevância a prática baseada na evidência. Ainda neste capítulo, surge a teoria de enfermagem *Technological competency as caring in nursing* como norteadora do meu pensamento de enfermagem para uma intervenção especializada na promoção da segurança da pessoa no serviço de urgência.

### 1.1. Triage nos hospitais

Historicamente, o termo triagem deriva da palavra francesa “*trier*” que significa escolher, selecionar, separar. O exército francês utilizava o termo para designar um “hospital de evacuação” de soldados feridos e o exército americano utilizava-o para designar um centro onde eram reunidos os soldados feridos que posteriormente eram evacuados para hospitais de apoio (Howard & Steinmann, 2010).

Depois da II Guerra Mundial, o termo triagem passou a designar um processo usado para identificar aqueles que, após intervenção médica, tinham maiores probabilidades de voltar para o campo de batalha, permitindo concentrar recursos médicos nos soldados que estavam em condições de regressar ao campo de batalha (Howard & Steinmann, 2010; Neweberry & Sheehy, 2001).

Posteriormente, na área civil foram desenvolvidos tipos de triagem como é o caso da triagem em catástrofe e incidentes com múltiplas vítimas. Um acontecimento excepcional que resulta num elevado número de vítimas para os equipamentos, recursos humanos e materiais existentes (Iserson & Moskop, 2007), tornando-se necessário identificar as vítimas que têm maior probabilidade de sobreviver, realizar os primeiros tratamentos e proceder-se à evacuação e encaminhamento das mesmas para os hospitais e outras estruturas de saúde capazes de responder adequadamente às suas necessidades (Howard & Steinmann, 2010; Iserson & Moskop, 2007).

Ainda na área civil, é desenvolvida a triagem para os SU sendo que esta teve início em 1960 como forma de dar resposta a superlotação dos serviços devido a uma procura superior à capacidade de resposta implantada (Iserson & Moskop, 2007). Este tipo de triagem foi concebido com o objetivo de estabelecer prioridades de acordo com a gravidade da situação de saúde da pessoa, identificando as situações mais urgentes de forma à garantir que essas situações recebam tratamento prioritário de acordo com as suas necessidades clínicas (Bodansky, 2009; Cole, Derlet, Nishio, & Silva, 1992; Howard & Steinmann, 2010; Lossius, Rehn, Tjosevik, & Eken, 2012). A sua necessidade e pertinência impulsionaram a criação e o desenvolvimento de Sistemas de Triagem Hospitalar (STH) (Borges, 2012; Moll, Oostenbrink, Seiger, Van Ierland, & Van Veen, 2013) que se descreve de seguida.

## **1.2. Sistemas de triagem hospitalar**

Os STH são uma forma metódica e organizada de se fazer triagem nos SU (Borges, 2012; Moll et al., 2013). Têm como objetivo assegurar as prioridades clínicas, em função do nível de classificação, e determinar a zona do serviço mais adequada para a observação da pessoa admitida no SU (GPT, 2009).

O STH dirige e encaminha as pessoas para a zona de atendimento adequada à sua situação clínica (Manchester Triage Group, 2014), diminuindo o congestionamento das áreas de tratamento, idealmente, dotando a pessoa e família de informações relativas aos cuidados a serem prestados e ao provável tempo de espera (Resendiz, Estrada, & Quezada, 2006).

De acordo com Cordeiro (2002), os STH são um processo e, como tal, apresentam pontos fortes e pontos fracos. O mesmo autor considera que os STH favorecem a diminuição do tempo de espera das pessoas que experienciam situações clinicamente prioritárias, como é o caso de situações de máxima urgência e, simultaneamente, aumentam o tempo de espera das pessoas não urgentes que seriam observados mais prontamente se o critério de seleção fosse “ordem de chegada ao SU, dando deste modo primazia à segurança e equidade na prestação de cuidados à pessoa admitida no SU.

Deste modo, dos STH existentes, há um conjunto bastante desenvolvido que teve início na década de 1990, nomeadamente, o *Emergency Security Index* (ESI) (Gilboy,

Tanabe, Travers, & Rosenau, 2012), o *Australian Triage Scale* (ATS) (Australian College for Emergency Medicine, 2013), o *Canadian Triage and Acuity Scale* (CTAS) (Murray, 2003; Vlahaki & Milne, 2009) e STM (Manchester Triage Group, 2014), os quais se descrevem em seguida.

### ***Emergency Severity Index***

É um ST criado nos anos 1990 em Boston, nos Estados Unidos da América, atualmente implementado também no Canadá e na Austrália. O ESI apresenta a aplicação de um único algoritmo que implica, numa primeira etapa, a observação da pessoa a nível da via aérea, ventilação, circulação e estado de consciência. A observação da pessoa triada vai permitir responder às primeiras questões do fluxograma: “*Requires Immediate life-saving intervention?*”. A resposta afirmativa a uma destas questões determina o Nível 1 de urgência, que corresponde a uma situação prioritária, necessitando de uma intervenção imediata (Gilboy et al., 2012).

A resposta negativa às questões faz com que o enfermeiro que realiza a triagem identifique numa segunda etapa da aplicação do fluxograma a queixa principal da pessoa e a enquadre na história de doença atual, medicação habitual ou outros. Através destes dados, o enfermeiro vai perceber se se trata de uma situação de alto risco, respondendo à questão “*High risk situation?*”. É exemplo de uma situação de alto risco, dor torácica, tipo aperto, com antecedentes de Angina Instável. Nesta etapa, são colocadas outras questões: “*Confused/lethargic/disoriented?*” e “*Severe pain/distress?*”. A resposta afirmativa a uma das questões referidas coloca a pessoa no Nível 2 de urgência. A resposta negativa às questões remete à realização de uma estimativa dos recursos necessários para aquela pessoa (Gilboy et al., 2012; Tanabe, Gimbel, Yarnold, Kyriacou, & Adams, 2004).

São considerados recursos, os exames complementares de diagnóstico, a administração de terapêutica e outros procedimentos, com exceção de administração de terapêutica oral. As pessoas que necessitam de dois ou mais recursos, de um, ou de nenhum, são classificados com os níveis de urgência 3, 4 e 5 (Gilboy et al., 2012; Tanabe et al., 2004).

Este sistema permite prever com precisão, o tempo de permanência da pessoa no SU sendo válido para adultos e crianças (Clark, Djurdjev, Fernandes, & Wuerz, 1999; Gilboy et al., 2012; Tanabe et al., 2004).

### ***Australian Triage Scale***

É um ST implementado em 1993 na Austrália e usado em quase todos os SU Australianos (Christ, Grossmann, Winter, Bingisser, & Platz, 2010; Zimmermann, 2001).

No ATS a triagem é realizada por enfermeiros experientes no uso do sistema e membros da equipa do SU (Considine, LeVasseur, & Villanueva, 2004). A triagem envolve uma combinação do estado geral da pessoa e apresentação do problema, que pode ser igualmente articulado com observações fisiológicas pertinentes (Australian College for Emergency Medicine, 2013). Com base nesses dados, as pessoas são classificadas em cinco categorias de prioridade, levando em consideração a gravidade e o tempo de espera (Considine et al., 2004).

As categorias 1 e 2 são as mais urgentes, sendo que a avaliação e tratamento devem ocorrer simultaneamente e as pessoas devem ser observadas dentro dos tempos máximos recomendados (Australian College for Emergency Medicine, 2013).

### ***Canadian Triage and Acuity Scale***

É um ST implementado em 1998 no Canadá por um grupo de médicos do Saint John Hospital Regional em Nova Brunswick e baseia-se na ATS (Beveridge, Ducharme, Janes, Beaulieu, & Walter, 1999; Fernandes et al., 2005).

Tanto o ATS e CTAS utilizam uma extensa lista de descritores clínicos para classificação em dos cinco níveis de prioridade. Estes incluem, a história de fatores de alto risco (por exemplo ingestão de tóxico e envenenamento), sintomas (por exemplo, dor abdominal), sinais (por exemplo, estridor, deformidade, amputação, e hemiparesia aguda), parâmetros fisiológicos (por exemplo, pressão arterial), testes rápidos feitos na urgência (por exemplo, glicemia e oximetria de pulso) e avaliação diagnóstica de enfermagem (por exemplo, desidratação) (Beveridge et al., 1999; Christ et al., 2010; Fernandes et al., 2005; Iserson & Moskop, 2007; Zimmermann, 2001).

As pessoas classificadas com o Nível I ou Ressuscitação experimentam uma situação com risco de vida iminente, requerendo intervenções imediatas. As pessoas classificadas com o Nível II ou Emergência precisam de ser reavaliadas e que lhes sejam prestados cuidados de enfermagem de 15 em 15 minutos, são pessoas que se encontram em situações potencialmente tratáveis, requerendo intervenção rápida ou de atos delegados. As pessoas classificadas com os Níveis III ou Urgente, IV ou Pouco urgente e V ou Não urgente, necessitam de ser reavaliadas e/ou que lhes sejam prestados cuidados de enfermagem de 30 em 30 minutos, de 60 em 60 minutos e de 120 em 120 minutos, respetivamente (Beveridge et al., 1999; Jiménez et al., 2003).

### **Sistema de Triagem de Manchester**

O STM foi criado na Inglaterra, pelo *Manchester Triage Group* (MTG), constituído por 19 médicos e enfermeiros, incluindo especialistas em emergência médica, maioritariamente oriundos da região de Manchester. O grupo iniciou os seus trabalhos em 1994, introduziu o respetivo sistema e publicou a primeira edição em 1997, seguindo-se a segunda e terceira edição em 2006 e 2014 (MTG, 2014). Este sistema é baseado na queixa principal para identificação e determinação do nível de prioridade de atendimento e definição do tempo alvo recomendado até à observação médica, caso a caso, quer em situações de funcionamento normal do SU, quer em situações de catástrofe (Cooke & Jinks, 1999; Santos, Freitas, & Martins, 2013).

Para o efeito, são particularmente valorizados e utilizados descritores gerais como é o caso do descritor risco de vida, dor, hemorragia, estado de consciência, temperatura corporal e duração do problema de saúde (MTG, 2014; Williams & Crouch, 2006). Os discriminadores gerais são concretizados através de discriminadores específicos no processo de tomada de decisão em triagem e para definição da prioridade clínica para situação em causa (GPT, 2009). Para o discriminador geral risco de vida, são discriminadores específicos o compromisso da via aérea, respiração e circulação inadequada. Para o nível de consciência, são discriminadores específicos convulsão, alterações do estado de consciência ou resposta ao estímulo verbal ou ao doloroso (na criança) e, a história de perda de consciência (MTG, 2014). Para a dor é discriminador específico dor severa, moderada e ligeira recente. Enquanto que a hemorragia é caracterizada em hemorragia exsanguinante, grande hemorragia incontrolável e pequena

hemorragia incontrolável. A temperatura corporal tem como discriminadores específicos pessoa com o corpo muito quente ou frio, corpo quente, corpo moderadamente quente e, por último, o discriminador duração do problema caracteriza-se em recente ou agudo e não recente (MTG, 2014).

É de salientar ainda que existem sinais e sintomas dispostos na forma de 52 fluxogramas (Anexo I), os quais guiam a avaliação da pessoa no momento do seu atendimento para atribuição do nível de prioridade clínica para a situação em causa (MTG, 2014; Santos et al., 2013).

Dos 52 fluxogramas e dos discriminadores gerais e específicos acima descritos resultam os cinco níveis de prioridade clínica, com uma cor atribuída e um tempo limite para observação médica (Quadro 1).

**Quadro 1 – Sistema de triagem, prioridade clínica e tempo alvo para observação**

<b>Prioridade clínica</b>	<b>Cor atribuída</b>	<b>Tempo para observação</b>
Emergente	Vermelha	Imediato
Muito urgente	Laranja	Até 10 minutos
Urgente	Amarela	Até 60 minutos
Pouco Urgente	Verde	Até 120 minutos
Não Urgente	Azul	Até 240 minutos

Fonte: MTG (2014)

Destes níveis de prioridade, o emergente corresponde a cor vermelha que significa ter a necessidade de avaliação imediata. Enquanto que a prioridade muito urgente corresponde a cor laranja, a urgente corresponde a cor amarela, o pouco urgente corresponde a cor verde e o não urgente corresponde a cor azul. Os mesmos níveis significam necessidade de avaliação médica em 10, 60, 120 e em 240 minutos, respetivamente (Azeredo, Guedes, Rebelo de Almeida, Chianca, & Martins, 2014; MTG, 2014).



Os ST anteriormente descritos demonstram sensibilidade na detecção das pessoas que precisam de atendimento prioritário, tendo um tempo alvo para a prestação de cuidados e nível de utilização de recursos durante o episódio de emergência/urgência, sendo possível auditar e apresentam escalas com cinco níveis de prioridades clínicas (Aubin et al., 2010; Australian College for Emergency Medicine, 2013; Beveridge et al., 1999; Broadbent, Dwyer, & Moxham, 2014; Considine et al., 2004).

Deste modo, com a implementação de um dos STH anteriormente descritos é demonstrada a importância com a segurança da pessoa admitida no SU. Esta poderá influenciar a melhoria contínua de estratégias que visam promover a prestação de cuidados, a satisfação dos usuários e dos profissionais de saúde em contexto do SU.

### **1.3. Fluxograma de atendimento e encaminhamento no serviço de urgência**

Segundo Lins (1993), o fluxograma é uma ferramenta da qualidade que fornece uma imagem dos passos que compõem o processo de atendimento e encaminhamento da pessoa no SU. O mesmo autor defende que o uso do fluxograma promove uma matriz para avaliar o processo de atendimento e encaminhamento, permite identificar e eliminar atividades inúteis, mas também, permite descobrir variações e demonstra onde podem ser feitas melhorias de potencial impacto.

A necessidade de encontrar evidência científica sobre o fluxograma de atendimento e encaminhamento no SU e de modo a contribuir para promoção da segurança da pessoa no SU do Hospital Geral em Moçambique, justificou a realização de uma RIL com a seguinte pergunta de partida: De que modo a implementação de um fluxograma de atendimento e encaminhamento no SU tem impacto na segurança da pessoa?

A partir da pergunta formulada identificou-se as seguintes palavras-chave: fluxograma, doente crítico, serviço de urgência e segurança do doente. A pesquisa foi feita através da interface EBSCOhost, compreendendo as bases de dados científicas *CINAHL Plus with Full text*, *MEDLINE with Full text*, e *Academic Search complete*, obtendo uma amostra inicial de 140 artigos. Após aplicados os critérios de inclusão e exclusão, foram seleccionados um total de 17 artigos para análise (Apêndice II).

Os estudos seleccionados demonstram que situações caracterizadas por um fluxo aumentado e não sistematizado de pessoas no SU propiciam a superlotação (Kadri,

Harrou, Chaabane, & Tahon, 2014) e a insegurança durante o atendimento (Bornemann-Shepherd et al., 2015; Crane, Zhou, Sun, Lin, & Schneider, 2014), com impacto negativo nos cuidados de saúde prestados, bem como, na satisfação dos profissionais e das pessoas admitidas no SU (Henneman, Gawlinski, & Giuliano, 2012; Kadri et al., 2014).

O uso de um fluxograma de atendimento e encaminhamento no SU potencia a transferência de informações precisas e essenciais para permitir padrões de qualidade em saúde (Klim, Kelly, Kerr, Wood, & McCann, 2013). Por outro lado, a sua inexistência contribui para a fragmentação da assistência à pessoa com resultados desfavoráveis na sua segurança (Bornemann-Shepherd et al., 2015).

Pelo exposto, reforça-se a necessidade de melhorar continuamente a prestação de cuidados de saúde através do uso de fluxograma de atendimento e encaminhamento por favorecer a sistematização das etapas destes processos, a sua priorização e flexibilização, a otimização do trabalho em equipa, com impacto na comunicação e continuidade de cuidados, gestão da qualidade e segurança (Mansour, James, & Edgley, 2012). De enaltecer também a possibilidade de um ambiente favorável para a prestação de cuidados de forma humanizada, com o reconhecimento da pessoa como um ser holístico (Locsin & Purnell, 2007).

#### **1.4. A teoria de enfermagem na promoção da segurança no serviço de urgência**

De acordo com Locsin (2005), *Tecnological competency as caring in nursing* é um modelo concetual que enfatiza a coexistência harmoniosa da tecnologia no ato de cuidar em enfermagem. O mesmo autor defende que a competência com a tecnologia é uma demonstração intencional de habilidade e de atividades autênticas através da prestação de cuidados por enfermeiros experientes num ambiente que exige perícia tecnológica, com a finalidade de conhecer a pessoa como um todo. Esta condição envolve a aplicação de um corpo de conhecimentos científicos e da experiência clínica de modo a gerar benefícios a um custo socialmente suportável com o mínimo de riscos (Donabedian, 1990, 2003).

Tome-se como exemplo, em contexto do SU, a otimização do STM uma vez que este ST é considerado uma parte fundamental da gestão de risco clínico quando a carga

assistencial ultrapassa a disponibilidade de serviços e tem como objetivo permitir a prestação de cuidados de saúde eficazes e em segurança (GPT, 2015).

Segundo Panesar et al. (2014), a saúde é um sistema sociotécnico complexo em que as tarefas dependem de vários fatores, sociais (por exemplo, psicológico, equipa e gestão) e técnicos (por exemplo, equipamentos, tecnologias de informação e infraestrutura). Concordando com este autor, pode-se citar como exemplo, no âmbito da aplicação do STM, que a prescrição de um medicamento no SU depende de aspetos como sistema de tecnologias de informação que permitem o acesso aos registos das pessoas, sistemas de comunicação que permitem a transferência eficaz de informações entre os profissionais de saúde, sistemas que garantam que a farmácia esteja devidamente abastecida, sistemas de ensino que garantam que os profissionais de saúde são adequadamente treinados para otimização da triagem e sistemas reguladores que monitoram a segurança e eficácia na administração de medicamentos.

Com efeito, identifiquei o meu pensamento neste trabalho com o modelo teórico de Locsin (2005), *Technological competency as caring in nursing*, uma vez que, no processo de implementação do STM num SU, ocorre simultaneamente a interação de fatores sociais e técnicos que obrigam a mobilização de um corpo de conhecimentos teóricos e práticos adquiridos, para a otimização dos cuidados de saúde com o propósito de conhecer a cada momento que são prestados os cuidados (Locsin & Purnell, 2009).

A escolha desta teoria justifica-se, igualmente, por reforçar que o enfermeiro com competência especializada no cuidar tecnológico defende que a tecnologia transforma o ambiente do SU pelas máquinas e equipamentos usados, pela prática do cuidar nesse contexto e pela organização dos profissionais de saúde, bem como, o que valorizam, porque usam a tecnologia, e o que isso influencia no seu padrão de pensamento (Locsin & Purnell, 2009).

Assim, o profissional de saúde especializado que tenha desenvolvido competências no uso da tecnologia para a prestação de cuidados não deve limitar-se a considerar a pessoa como um objeto e a concebe-la como tal no ato de cuidar (Locsin & Purnell, 2007) mas sim, deve compreendê-la completamente como um ser humano, facilitando deste modo o cuidar de enfermagem (Boykin & Schoenhofer, 2001). É aqui que se torna premente a intervenção do enfermeiro especializado.

De acordo com o Regulamento n.º 124/2011 2.ª série n.º 35, o enfermeiro especializado, é um profissional com i) um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, ii) tem em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e iii) demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas ao seu campo de intervenção. Assim, é esperado do enfermeiro especializado um esforço contínuo e permanente em contribuir para melhorias mensuráveis na saúde da comunidade com a qualidade desejada (Panesar et al., 2014). É igualmente esperado que este profissional contribua no desenvolvimento de projetos que promovam a segurança da pessoa no contexto em que os cuidados são prestados (Direcção-Geral da Saúde, 2011; Panesar et al., 2014).

Deste modo, é considerado que o enfermeiro especializado em PSC, integrado na equipa do SU detém a responsabilidade de desenvolver estratégias de modo a promover a segurança da pessoa, desenvolver projetos de melhoria contínua, como é o caso de projetos de otimização do STH, de implementação de fluxogramas de atendimento e encaminhamento, assim como, consciencializar os seus pares para a sua importância e colaboração no decorrer do processo.

O enfermeiro especializado deve colaborar no desenvolvimento profissional dos seus pares e da equipa interdisciplinar, implementando uma cultura de trabalho em equipa, de competências interpessoais, relacionais e de ajuda, assim como, de flexibilidade, assertividade e gestão eficiente dos cuidados (Lage, 2011).

A síntese teórica acima apresentada, sustentou e norteou a minha ação no desenvolvimento do Trabalho de Projeto, o qual se apresenta no capítulo que se segue.

## **2. APRESENTAÇÃO DO TRABALHO DE PROJETO**

O capítulo inicia-se com uma caracterização do Sistema Nacional de Saúde moçambicano e uma apresentação da organização do SU do Hospital Geral em Moçambique, para uma melhor compreensão deste contexto de cuidados de saúde. Segue-se a descrição do Trabalho de Projeto realizado respeitando as etapas da Metodologia de Projeto (Ferrito et al., 2010), contemplando-se neste documento as seguintes: o diagnóstico da situação, a definição de objetivos, o planeamento das atividades, dos meios e das estratégias.

Por último, apresenta-se os resultados obtidos ao longo do desenvolvimento do relatório do Trabalho de Projeto, visando a aquisição de competências de Mestre em Enfermagem na área de Especialização Pessoa em Situação Crítica.

### **2.1. O contexto do serviço de urgência em moçambique**

A República de Moçambique é um país da costa sul oriental de África com uma superfície total de 799,380 km<sup>2</sup>. É constituída por 11 províncias, divididas, administrativamente, em Distritos, Postos Administrativos e Localidades. As 11 províncias constituem três regiões, nomeadamente a região Sul, Centro e Norte (Ministério da Saúde, 2013). Segundo as projeções do Instituto Nacional de Estatística de Moçambique (INEM), a população do país estimada para o ano 2015 era de cerca de 25 727 911 milhões de habitantes, maioritariamente jovens que vivem em zonas rurais e que carecem de serviços básicos, como abastecimento de água potável e acesso aos cuidados de saúde primários, devendo para tal, percorrer longas distâncias para ter acesso aos cuidados de saúde.

De acordo como o Ministério da Saúde (2013), o SNS moçambicano, estrutura-se em quatro níveis de prestação de serviços de saúde. Os Centros de Saúde e Postos de Saúde constituem o nível primário e prestam serviços básicos de saúde, que incluem a maior parte dos programas prioritários. O nível secundário é composto pelos Hospitais Distritais, Gerais e Rurais, que habitualmente servem mais do que um distrito e representam o primeiro nível de referência. Os níveis primários e secundário estão

essencialmente vocacionados para a prestação de cuidados de saúde primários (Ministério da Saúde, 2013).

Os Hospitais Provinciais (nível terciário) e Hospitais Centrais e Especializados (nível quaternário) oferecem cuidados diferenciados, prestados por profissionais especializados, (Ministério da Saúde, 2013) e representam o último nível de referência do país.

O Hospital Geral em Moçambique está localizado na Cidade de Maputo, foi durante muito tempo o Hospital de referência para a Província de Maputo e enquadra-se no nível secundário de prestação de cuidados (Ministério da Saúde, 2013). O SU deste Hospital é o único no país com um STH implementado, especificamente, o STM.

Do ponto de vista organizacional, o SU do Hospital Geral em Moçambique, compreende as seguintes áreas e recursos físicos:

- i) Admissão, onde se faz a inscrição e encaminhamento da pessoa para a sala de espera para posterior triagem. Esta sala é equipada com um computador com o sistema de registo informático da pessoa para o STM;
- ii) Sala de espera, para onde são encaminhadas as pessoas que aguardam a triagem e os seus acompanhantes, assim como, as pessoas já triadas que aguardam observação médica;
- iii) Sala de triagem, existem duas, equipadas com computadores com um sistema informático para a Triagem de Manchester, um esfigmomanómetro de mercúrio, uma balança pediátrica mecânica, um termómetro de mercúrio e fitas com cores em conformidade com o estabelecido pelo STM. As salas são de pequena dimensão e por isso não permitem a entrada de macas das pessoas acamadas, o que obriga a fazer triagem com a porta aberta, não garantindo o respeito pela individualidade da pessoa e a confidencialidade da informação;
- iv) Balcão de atendimento, existem cinco, dos quais as salas 1, 3 e 6 são dedicadas a observação pela medicina e as salas 4 e 5 para observação pela cirurgia, sem computadores ligados ao sistema informático de triagem. Deste modo, o registo da informação é feito de forma manual;
- v) Sala de Observação (SO), existem duas, nomeadamente, SO de Pediatria com 10 camas e SO de Medicina com 20 camas;

- vi) Sala de reanimação, com 4 camas não equipadas com monitores para monitorização hemodinâmica e com um ventilador mecânico invasivo sem funcionar;
- vii) Sala de tratamento, para pessoas com patologia de foro asmático;
- viii) Sala de pequena cirurgia, que compreende uma sala única sem divisões, onde são prestados cuidados a pessoas com patologias de foro cirúrgico e de traumatologia, tratamento de vários tipos de feridas, redução e imobilização de fraturas.

As salas descritas anteriormente não dispõem de lavatórios com água corrente para lavagem das mãos, o que condiciona a prevenção e o controlo de infeção nos cuidados de saúde. O SU não se encontra dividido por zonas de prioridades conforme definido pelo STM, o que obriga à redefinição diária do fluxo de pessoas no serviço.

Quanto aos recursos humanos, o SU do Hospital Geral em Moçambique, como outros existentes em território nacional moçambicano, funciona 24 horas por dia e dispõe de uma equipa multidisciplinar, como consta no Quadro 2. O horário de trabalho dos profissionais que fazem escala é de 48h/semana, o que compreende escalas de 12 horas por turno. Em concreto, o serviço tem 5 enfermeiros fora de escala e 16 enfermeiros em escala.

**Quadro 2 – Recursos humanos do Serviço de Urgência do Hospital Geral em Moçambique**

<b>Categoria</b>	<b>Nº de profissionais</b>	
Médicos de clínica Geral	10	
Técnicos de Cirurgia/Traumatologia	03	
Técnicos de Medicina	02	
Enfermeiros	21	
	05 fora da escala	16 na escala
Serventes	16	
	06 fora da escala	10 na escala
Copeiras	02	
Atendentes	01	
Técnicos administrativos	08	

Fonte:(Hospital Geral em Moçambique, 2015)

Do quadro acima apresentado, pode-se depreender que o SU funciona com 4 enfermeiros por turno, um rácio inferior as necessidades das áreas do serviço e dos recursos físicos anteriormente apresentados.

De acordo com dados de 2015 do Hospital Geral em Moçambique, a afluência de pessoas por setor é elevada (Quadro 3), de tal modo que o serviço conta com uma casuística diária média de cerca de 204,5 pessoas atendidas no ano 2014 e de 190 pessoas atendidas no ano de 2015. Como se percebe, estes dados, só por si, justificam a necessidade de implementar um fluxograma de atendimento e encaminhamento.



**Quadro 3 – Número de pessoas admitidas por setor nos anos 2014 e 2015**

Sector	2014	2015
Aceitação/Admissão	74.643	69.352
Balcão de Medicina	49.080	48.623
Balcão de Cirurgia/Traumatologia	16.504	14.540
SO de Pediatria	3.779	2.484
SO de Medicina	5.118	3.378
Reanimação	162	127

Fonte:(Hospital Geral em Moçambique, 2015)

De destacar na leitura destes dados que a maioria das situações de saúde que recorrem a este contexto são do foro da medicina.

## **2.2. Diagnóstico da situação**

Segundo Ferrito et al., (2010), o diagnóstico da situação constitui a primeira etapa da Metodologia de Projeto, visando produzir um mapa cognitivo sobre a situação problemática identificada, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende intervir.

A realização desta etapa começou na caracterização do contexto do SU em Moçambique onde foram sublinhados os níveis de cuidados de saúde, as áreas de prestação de cuidados, os recursos físicos e humanos, assim como, a casuística diária do SU. Como anteriormente defendido, a problemática deste Trabalho de Projeto reside no fato de com a implementação do STM no SU do Hospital Geral em Moçambique haver falta de articulação entre a equipa interdisciplinar e os diferentes setores do SU no atendimento e encaminhamento da pessoa admitida, o que afeta a segurança dos cuidados prestados. Porém, para uma compreensão mais alargada da problemática identificada defini um conjunto de atividades a realizar, as quais se apresenta na respetiva etapa da Metodologia de Projeto. A concretização das mesmas veio dar um

grande contributo para sustentar o diagnóstico da situação e favoreceu a definição dos objetivos que se seguem.

### **2.3. Definição dos objetivos**

Em conformidade com a necessidade de desenvolver competências preconizadas no CMEEPSC (ESEL, 2010) estabeleci como objetivo geral deste Trabalho de Projeto contribuir para a promoção da segurança da pessoa em situação crítica admitida no serviço de urgência de um Hospital Geral em Moçambique. Como objetivos específicos:

- ✓ Desenvolver competências de enfermagem na área da triagem no serviço de urgência;
- ✓ Desenvolver um fluxograma de atendimento e encaminhamento no serviço de urgência.

Estes conduzem à etapa que se segue da Metodologia de Projeto.

### **2.4. Planeamento de atividades, dos meios e das estratégias**

Esta fase da Metodologia de Projeto reflete as atividades realizadas em todo o processo de desenvolvimento deste projeto, os meios e as estratégias para implementação do projeto no SU do Hospital Geral em Moçambique.

#### **Atividades**

Conforme referido, passo neste momento a explicitar as três atividades realizadas.

#### Estágio de observação

O estágio de observação, com duração de duas semanas no mês de Agosto, foi realizado no SU de um Hospital Central da área de Lisboa com todas as valências necessárias, com o objetivo de desenvolver competências de enfermagem na área de triagem no SU. Neste estágio, fiz 10 turnos com três enfermeiros de triagem diferentes com quem analisei procedimentos de triagem realizando colheita de dados através de conversas informais (Apêndice III).

Das conversas com os enfermeiros de triagem torna-se claro que para a implementação do STM num SU é necessário que haja profissionais formados em triagem (médicos e enfermeiros) e com experiência em urgência/emergência. É igualmente necessária a existência de profissionais de saúde de várias especialidades, de acordo com as valências do serviço, e integrados na metodologia de triagem, o que permite uma melhor resposta a situações de urgência.

Os enfermeiros referiram ser fundamental que a infraestrutura do SU esteja dividida por zonas de prioridades clínicas de acordo com o previsto pelo STM, com disponibilidade de equipamentos como telefone fixo nas divisões principais do SU, para uma melhor comunicação entre os profissionais envolvidos no cuidar, um sistema de alta voz audível em todas salas de espera do SU, para emissão de avisos, computadores ligados em rede e com a aplicação informática para o STM em todas salas e gabinetes do SU, para favorecer um fluxo contínuo de informação da pessoa desde a admissão até ao internamento/transferência/alta, assim como, para a continuidade dos cuidados e para a otimização do ST.

Ainda com relação à triagem, os enfermeiros defendem que o registo deve ser sempre informatizado, podendo ser manual em situações excecionais como é o caso de avaria do sistema informático. Os mesmos consideram ainda que a implementação do STM num SU possibilita a distribuição dos recursos humanos em função da necessidade das pessoas admitidas para uma melhor monitorização dos cuidados, para o permanente trabalho em equipa e contribui para a comunicação interdisciplinar em contexto de urgência, conferindo assim uma maior segurança no atendimento e encaminhamento da pessoa.

Relativamente às dificuldades e limitações com a implementação do STM, estes enfermeiros referiram não sentir dificuldades na operacionalização do STM constatando ser simples, prático e objetivo. Por outro lado, fizeram menção a limitações relacionadas com a indisponibilidade de médicos em número suficiente para responder às necessidades de atendimento do serviço caracterizado por uma elevada afluência de pessoas com prioridades pouco urgente e não urgente, que poderiam recorrer ao médico de família ou ao centro de saúde. Esta situação concorre para o incremento da casuística acima da capacidade resposta, contribuindo assim para o aumento do tempo de espera para além do previsto.

Destaco que o desenvolvimento desta atividade permitiu-me a adquirir conhecimentos teóricos e práticos sobre a operacionalização do STM essenciais para uma melhor organização do SU com implementação de um ST em território moçambicano.

### Entrevistas

Em Setembro realizei entrevistas semi-diretivas a profissionais de saúde do SU do Hospital Geral em Moçambique. Para o efeito, solicitei previamente autorização à Direcção de Saúde da Cidade do Maputo (Apêndice IV), realizando um total de cinco entrevistas aos profissionais que aceitaram participar, nomeadamente, ao Diretor do Serviço de Urgência, dois enfermeiros e pessoal clínico (um técnico de medicina e um médico). As entrevistas foram constituídas por questões abertas e colocadas em ordem invariável a todos os entrevistados (Apêndices V e VI).

Foi feita uma análise transversal aos dados obtidos inspirada na matriz proposta por Bardin (1977) para a técnica de análise de conteúdo. Dos dados emergiram duas categorias de análise, conforme ilustrado no Quadro 4.

**Quadro 4 – Categorias e subcategorias das entrevistas**

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
<b>Constrangimentos à Triagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Profissionais de saúde sem formação</li> <li>✓ Ausência de recursos materiais</li> <li>✓ Infraestrutura disponível</li> <li>✓ Registo misto de informação clínica</li> </ul>
<b>Potencialidades da implementação do STM</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Encaminhamento e atendimento mais adequado</li> <li>✓ Redefinição da equipa</li> </ul>

A primeira categoria, Constrangimentos à Triagem, resultou de questões necessárias com a implementação do STM no SU do Hospital Geral em Moçambique. Salienta-se que os profissionais de saúde responsáveis pela triagem são médicos e técnicos de medicina, sem formação específica em triagem nos serviços de urgência. Verifica-se haver disponibilidade de profissionais em número mínimo para a satisfação

das necessidades do serviço em conformidade com o igualmente evidenciado no Quadro 2, contrariamente, ao que acontece na maior parte dos STH descritos e validados, que é realizada pelo enfermeiro devidamente formado para efeito (Aubin et al., 2010; Australian College for Emergency Medicine, 2013; Beveridge et al., 1999; Broadbent et al., 2014; Considine et al., 2004).

Os profissionais do SU do Hospital Geral em Moçambique referem falta de equipamentos fundamentais para a otimização do STM, assim como, de uma infraestrutura que favoreça a organização das pessoas de acordo com as prioridades clínicas. Embora para estas situações o Ministério da Saúde (2007) recomende que o SU seja dividido por zonas de prioridade com as respetivas salas de espera e com corredores amplos para permitir a circulação de macas.

Relativamente ao registo de informação clínica, infere-se da análise das entrevistas que no SU do Hospital Geral em Moçambique o registo de informação é misto, dado igualmente evidenciado na caracterização do contexto do SU em Moçambique, o qual dispõe de computador apenas na admissão e nas salas de triagem, contribuindo assim para uma descontinuidade no fluxo de informação com duplicação de papéis na prestação de cuidados e na atenção à PSC admitida.

Na segunda categoria, Potencialidades da implementação do STM, os dados revelam que com a implementação deste ST o atendimento e encaminhamento da pessoa é mais adequado, favorecendo igualmente a redução do tempo de espera. Por último, contribui também para a redefinição da equipa do SU.

Como se percebe, a realização desta atividade aprofunda o levantamento das necessidades do SU do Hospital Geral em Moçambique com a implementação do STM. Os dados apresentados permitem fundamentar que para dar resposta aos constrangimentos à implementação do STM no SU em Moçambique é necessário um investimento prévio na infraestrutura do serviço organizando as pessoas por prioridades clínicas e, em função disso, colocar, distribuir e formar os profissionais de saúde, adquirir equipamentos que favoreçam uma comunicação fluida e contínua no SU, assim como, a eficiente gestão da informação clínica. Deste modo, favorece-se uma maior segurança no atendimento e encaminhamento da pessoa admitida em contexto.

### Curso de Triagem

Com o objetivo de desenvolver competências de enfermagem na área de triagem no SU frequentei em Novembro o Curso de Triagem pelo GPT, com a duração total de sete horas. A frequência do curso possibilitou a aquisição de conhecimentos inerentes ao STM e sua implementação no SU. No mesmo foi sublinhado que a criação do STM se circunscreve no desenvolvimento de uma nomenclatura comum, definições comuns, uma sólida metodologia de triagem, um programa de formação e um guia de auditoria para a triagem (GPT, 2009), visando promover a melhoria contínua dos cuidados à pessoa admitida no SU.

Considero que esta atividade permitiu-me alargar a minha perspectiva sobre os ST, em concreto sobre o STM e o seu impacto nos SU.

Das três atividades desenvolvidas e descritas anteriormente, emerge a definição de meios e de estratégias que concorrem para reverter o problema existente no SU do Hospital Geral em Moçambique conforme apresentado de seguida.

### **Meios**

Esta fase será dedicada à descrição do conjunto de elementos necessários para implementação deste projeto, a destacar o investimento a ser feito nos meios materiais e equipamentos e na estrutura física do SU.

Relativamente às necessidade de materiais e de equipamentos para a implementação do projeto e para a otimização do STM no SU do Hospital Geral em Moçambique, será necessário articular com a Direcção de Saúde da Cidade do Maputo e com a Direcção do Hospital Geral em Moçambique, com vista a adquirir o equipamento em falta (Apêndice VII), como é o caso de computadores para os gabinetes de observação médica, pequena cirurgia, sala de tratamento de pessoas com patologia de foro asmático, SO de pediatria e medicina, sala de reanimação. Será igualmente necessário adquirir os mesmos para os setores dos meios auxiliares de diagnóstico, nomeadamente, laboratório de análises clínicas e radiologia, todos estes com o aplicativo para o STM instalado e ligados em rede local. Esta estrutura irá facilitar a comunicação entre as salas de triagem e os setores do SU, permitindo assim a

disponibilização contínua de informação que concorre para o cuidar holístico da pessoa e para promoção da sua segurança no SU.

Será igualmente necessário adquirir e alocar às salas de triagem equipamento como termómetros eletrónicos. Ainda para a sala de triagem, será necessário adquirir DINAMAP completo e glicómetro. Para SO de medicina, pediatria e sala reanimação, será necessário adquirir e alocar DINAMAP, monitor multiparâmetro para monitorização homodinâmica e ventiladores para ventilação mecânica invasiva e não invasiva.

Será necessário adquirir e instalar um sistema de comunicação de alta voz que possa ser audível em todos os locais do SU, de modo a poder emitir avisos, assim como, telefones para permitir comunicação através de chamadas entre os profissionais de saúde para transmissão de informações pontuais e urgentes sobre a pessoa atendida no SU.

Relativamente à estrutura física existente no SU, há necessidade de sensibilizar a Direção do Hospital Geral em Moçambique com vista a programar alterações julgadas importantes. É o caso da ampliação dos corredores para permitir melhor circulação de pessoas e de macas, ampliação das salas de triagem, com vista a dispor de acesso com abertura ampla que permita que na triagem à pessoa acamada esteja salvaguardada a sua privacidade, bem como, dois acessos ao local para os profissionais com capacidade de fuga perante utentes agressivos (Ministério da Saúde, 2007), o que não se observa no serviço de urgências do Hospital Geral em Moçambique, onde a entrada é única e estreita e as pessoas acamadas são quase observadas no corredor, uma vez que a maca não caber na sala de triagem. O mesmo despacho do Ministério da Saúde preconiza que as salas disponham de um botão de alarme para acionamento da sala de emergência e um botão de alarme para segurança (audível no posto de autoridade e segurança); esta é mais uma questão a ter em atenção na reestruturação das salas de triagem do SU do Hospital Geral em Moçambique.

Do ponto de vista da prevenção de infeção, é necessário que sejam criadas condições para a higiene e lavagem das mãos, que passa pela colocação de lavatórios com água corrente e um detergente contendo um anti-séptico nas salas de triagem, salas de tratamento, SO e gabinete médico, assim como, disponibilizar economizadores com solução alcoólica para desinfeção higiénica das mãos. Será também importante dividir a

pequena cirurgia em duas partes, uma para o tratamento de feridas limpas e outra para o tratamento de feridas infectadas, dado que atualmente é tudo feito no mesmo local o que propicia às infecções associadas aos cuidados de saúde.

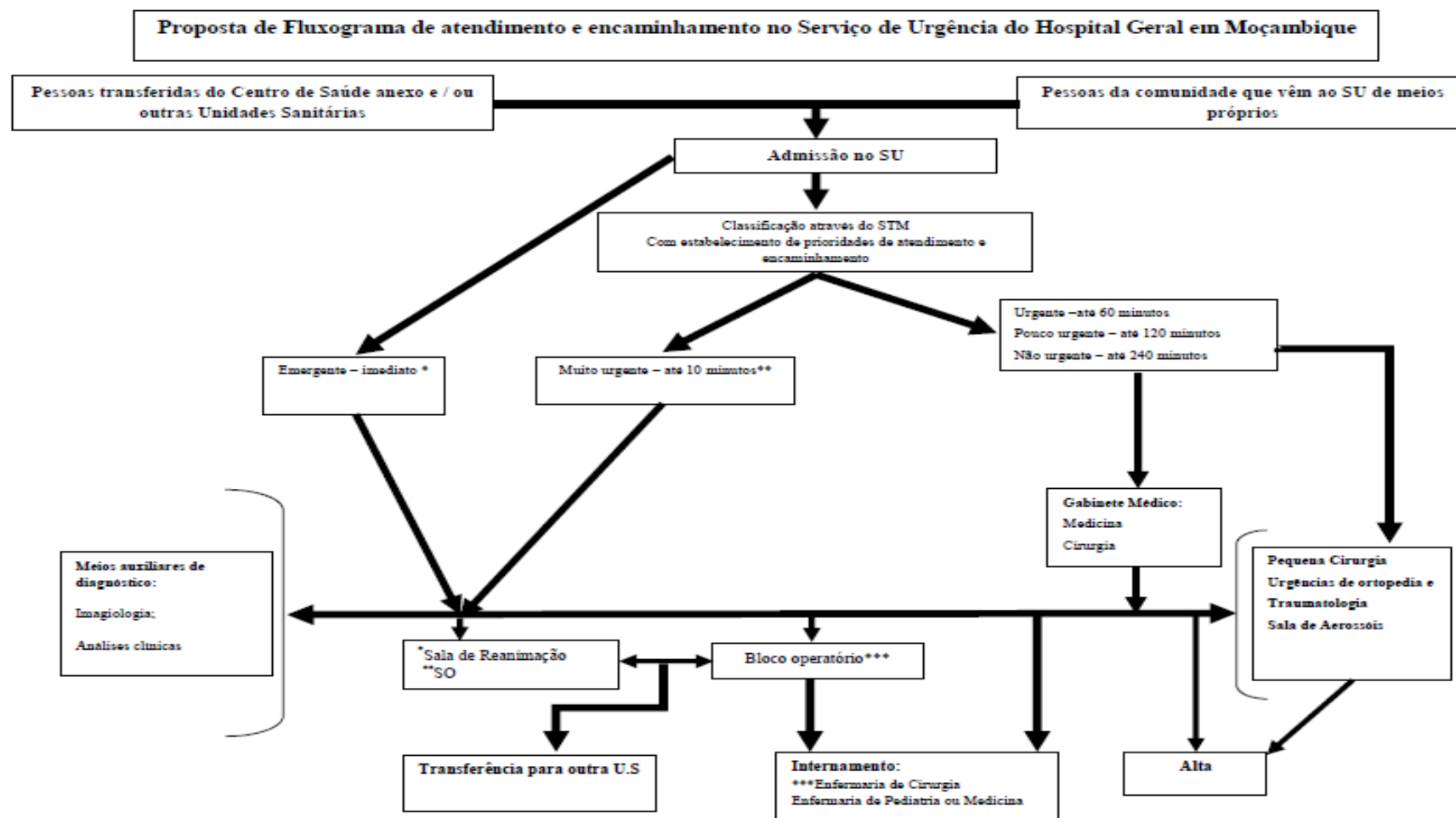
### **Estratégias**

Atualmente, com a infraestrutura existente no SU do Hospital Geral em Moçambique, as pessoas depois do processo de triagem ficam, na maior parte das vezes, juntas no mesmo local a aguardar observação médica. Este ato é realizado com pouca informação clínica e recursos necessários pelo que o médico faz a avaliação de cada pessoa mediante a cor da fita que cada uma foi atribuída na triagem. Esta situação contribui negativamente para a eficácia e eficiência do ST e torna desfavorável a segurança da pessoa admitida nesse âmbito.

Pelos dados expostos e como estratégia para promover a segurança da pessoa no SU do Hospital Geral em Moçambique, proponho a implementação de um fluxograma de atendimento e encaminhamento da pessoa no SU (Figura 1).



Figura 1 – Fluxograma de atendimento e encaminhamento da pessoa no Serviço de Urgência em Moçambique



O fluxograma que se propõe inverterá o atual fluxo de pessoas no SU favorecendo a priorização no atendimento e encaminhamento da pessoa em situação crítica, através do estabelecimento de três possíveis alternativas ao seu encaminhamento no serviço. As pessoas classificadas com a necessidade de atendimento emergente serão diretamente encaminhadas para a sala de reanimação e a triagem será efetuada assim que houver disponibilidade, podendo ser feita após a estabilização da pessoa. As pessoas classificadas com a prioridade muito urgente serão desviadas através da aplicação informática usada na triagem para observação no SO medicina ou pediatria e acompanhadas. As classificadas com a prioridade urgente, pouco urgente e não urgente, serão desviadas pela aplicação informática para a consulta de pediatria/medicina/cirurgia, em função da especialidade e encaminhadas à respetiva sala de espera.

Este fluxograma propõe igualmente alguns critérios de referenciação, é o caso de critérios de referenciação para a pequena cirurgia. As pessoas que recorrem ao SU por feridas sem outros sinais e ou sintomas associados serão classificadas de acordo com a queixa principal, atribuída uma prioridade de atendimento e desviada pela aplicação informática para observação na sala na pequena cirurgia. As pessoas que recorrem ao SU por sinais e sintomas de orto-traumatológico, até três dias de evolução serão classificadas de acordo com a queixa principal, atribuída a prioridade de atendimento e desviadas para observação na sala de pequena cirurgia. As pessoas que recorrem ao SU por sinais e sintomas de orto-traumatológico com mais de três dias de evolução e/ou com sintomas orto-traumatológicos sem história de trauma serão desviadas pelo sistema informático para observação pela medicina.

Enquanto que as pessoas classificadas pelos fluxogramas Asma (3) e Dispneia (15) com prioridades muito urgente e urgente, serão desviadas pela aplicação informática para a sala de tratamento de pessoas com patologia de foro asmático.

Como forma de conferir maior efetividade a implementação do fluxograma de atendimento e encaminhamento será necessário desenvolver um programa prévio de formação dos profissionais de saúde do SU do Hospital Geral em Moçambique, com prioridade para os enfermeiros, médicos e técnicos de medicina. Este programa incidiria sobre os seguintes conteúdos: Triagem de Manchester, segurança da pessoa no SU; trabalho em equipa e fluxograma de atendimento e encaminhamento no SU.

Para o efeito, considero importante estabelecer parcerias com o GPT e com a Direcção de Saúde da Cidade do Maputo visando criar condições para formar os

profissionais de saúde em triagem no SU através da Metodologia de Triagem de Manchester, visto que a formação irá contribuir para a otimização do STM implementado, assim como, para a implementação efetiva do fluxograma de atendimento e encaminhamento no SU que se propõe com o desenvolvimento deste Trabalho de Projeto.

## **2.5. Competências desenvolvidas**

O processo de elaboração do presente relatório de Trabalho de Projeto, permitiu o desenvolvimento de competências previstas para o CMEEPSC (ESEL, 2010), evidenciadas nas atividades desenvolvidas, nomeadamente, a realização da RIL, o estágio de observação no SU de um Hospital Central da área de Lisboa, as entrevistas aos profissionais do SU do Hospital Geral em Moçambique e o Curso de Triagem pelo GPT. Daqui resultou a elaboração de um plano de ação para suprir as mesmas no SU do Hospital Geral em Moçambique, tendo em atenção a infraestrutura existente, a disponibilidade de recursos humanos e de materiais.

Estas atividades foram um contributo importante para o desenvolvimento da competência “Gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional” com a finalidade de criar condições favoráveis para otimização do STM no SU, na medida em que, da problemática descrita, foi elaborado um plano de ação ajustado às necessidades do SU do Hospital Geral em Moçambique para o estabelecimento das prioridades e para o desenvolvimento de estratégias que concorrem para a melhoria do fluxo de pessoas no SU. Com este, é enaltecido a importância do trabalho em equipa e a comunicação entre os profissionais do SU, promovendo o melhor atendimento e encaminhamento da pessoa no serviço.

De igual modo, desenvolvi a competência “Mobilizar com rigor os dados dos relatórios de investigação” assim como a competência “Elaborar projetos de investigação coerentes” na medida em que o Trabalho de Projeto reflete a harmonia existente entre a necessidade organizacional do SU do Hospital Geral em Moçambique e dos profissionais envolvidos visando promover a melhoria no cuidar em situação de urgência.

Durante o processo de conceção de todo o trabalho, houve necessidade constante de busca de conhecimento teórico e prático que correspondesse às necessidades

identificadas. Para o efeito, considero a contribuição da revisão bibliográfica contínua com recursos às várias fontes disponíveis, como as bases de dados e endereços eletrónicos de instituições reconhecidas e livros, a realização da RIL e do Curso de Triagem pelo GPT momentos cruciais. Este processo favoreceu a consolidação da competência “seleção de fontes de informação relevantes para a tomada de decisão” relativamente à otimização e organização de um SU com a implementação do STM, assim como na fundamentação da necessidade de implementação de fluxogramas de atendimento e encaminhamento no SU do Hospital Geral em Moçambique.

A experiência profissional e a reflexão permanente que caracterizou o processo de desenvolvimento deste Trabalho de Projeto, permitiu definir uma proposta adaptada às necessidades de prestação de cuidados identificadas no contexto do SU do Hospital Geral em Moçambique, o que deu origem a uma proposta de mudança no circuito de atendimento e encaminhamento no SU e otimização do ST. Esta situação contribuiu para o desenvolvimento da competência “demonstrar um nível aprofundado de conhecimento numa área específica da enfermagem e consciência crítica para os problemas atuais/novos da disciplina”.

As atividades desenvolvidas permitiram-me uma visão mais clara e abrangente da realidade e da organização do SU do Hospital Geral em Moçambique, o que culminou com a conceção do presente relatório de Trabalho de Projeto. Esta ação envolveu um continuado processo reflexivo visando dar sequência lógica às atividades em conformidade com o meu pensamento e com as necessidades de intervenção no SU, o que deu lugar ao desenvolvimento da competência “Abordar questões complexas de modo sistemático, reflexivo, criativo e inovador”. A exposição do meu pensamento e das minhas ideias permitiu igualmente o desenvolvimento da competência “Expor com clareza e argumentar os resultados do meu próprio raciocínio”.

A integração de todas as atividades de forma coordenada, possibilitou o desenvolvimento de estratégias para promover a equidade, a igualdade de oportunidades na prestação dos cuidados de saúde e o acesso à informação em contexto de SU do Hospital Geral em Moçambique, favorecendo assim o desenvolvimento da competência “dinamizar a resposta a situações de emergência, da conceção à ação”, o que é demonstrado com a presente proposta de implementação do fluxograma de atendimento e encaminhamento da pessoa no SU, visando a promoção da melhoria contínua de qualidade dos cuidados prestados e manutenção de um ambiente terapêutico seguro.

Ainda neste âmbito, a reflexão de que a prestação de cuidados de saúde pode originar a transmissão de infeções associadas aos cuidados de saúde e a visão abrangente desenvolvida para esta problemática durante a formação inicial e aprimorada no CMEEPS, permitiu reconhecer a inexistência de locais para higiene e lavagem das mãos nas salas de triagem, gabinetes médicos, salas de tratamento do SO e sala de reanimação e, por esta via, propor a criação de condições favoráveis para a higienização das mãos nesses locais. Por outro lado, a necessidade de alteração da estrutura física da sala da pequena cirurgia de modo a separar pessoas com feridas limpas e infetadas revela a competência “Maximizar a intervenção na prevenção, controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica”.



## CONSIDERAÇÕES FNAIS

A Metodologia de Projeto proposta por Ferrito et al., (2010) foi o fio condutor que norteou o desenvolvimento do presente relatório de Trabalho de Projeto, que visa contribuir para a melhoria na prestação de cuidados a pessoa admitida no SU do Hospital Geral em Moçambique.

O diagnóstico de situação centrou-se na caracterização do SU em Moçambique e no desenvolvimento de atividades compreendendo retratar a problemática em análise.

O conjunto de atividades desenvolvidas, de acordo com os objetivos definidos, favoreceu o alcance de competências de enfermagem na área da triagem no serviço de urgência e desenvolver um fluxograma de atendimento e encaminhamento. Por outro lado, a realização das mesmas possibilitou a definição dos meios e de estratégias para dar resposta à problemática identificada.

A disponibilização dos meios propostos permite a criação de condições favoráveis para a implementação efetiva do STM no SU do Hospital Geral em Moçambique, o que por sua vez possibilitará um melhor estabelecimento de prioridades, definição de tempo e de locais para a prestação de cuidados adequados para cada situação de urgência.

Relativamente às etapas execução e avaliação e divulgação dos resultados (Ferrito et al., 2010), estas estão dependentes da implementação do fluxograma de atendimento e encaminhamento que se propõe com o presente Trabalho de Projeto. Sendo de referir que se propõe a realização da avaliação à prior em dois momentos, durante a implementação e no final. A avaliação efetuada durante a implementação permitirá uma redefinição de objetivos e ajustes julgados necessários durante o processo. A avaliação final visará medir o impacto da implementação do projeto para o serviço, para os profissionais e para as pessoas de modo a corrigir todas as falhas identificadas no processo inicial e favorecer a eficácia desejável.

Após o processo de avaliação do Trabalho de Projeto, na qualidade de gestor do mesmo, elaborarei um relatório no qual divulgarei os resultados da avaliação na generalidade e darei a conhecer a todos intervenientes do processo o percurso que compreendeu, os resultados alcançados e as dificuldades encontradas. Ao mesmo tempo, desenvolverei atividades visando divulgar os resultados da implementação do fluxograma de atendimento e encaminhamento junto dos profissionais do SU e dos

diferentes setores do hospital. A divulgação será feita através de apresentações setoriais do relatório com posterior discussão permitindo obter opiniões enriquecedoras visando melhorar alguns aspetos julgados pertinentes. À comunidade académica será feita através de apresentação do relatório da implementação do projeto em jornadas científicas.

Em suma, a implementação do fluxograma de atendimento e encaminhamento no SU do Hospital Geral em Moçambique, espera-se contribuir para a monitorização contínua do fluxo de pessoas no SU, para uma permanente comunicação interdisciplinar com promoção da equidade no atendimento à pessoa no SU. A implementação do fluxograma de atendimento e encaminhamento no SU contribuirá igualmente para o uso eficiente da tecnologia no cuidar, a maximização do trabalho em equipa e para a gestão eficiente de informação com o propósito de conhecer a pessoa no seu todo e a cada momento da prestação de cuidados. Por tudo, espera-se assim contribuir para promoção da segurança da pessoa.

Assim, justifica-se a necessidade de criar condições para a formação dos profissionais do SU do Hospital Geral em Moçambique, para a otimização do STM no SU, o que possibilitará a implementação em pleno do fluxograma de atendimento e encaminhamento e, conseqüentemente, melhorará, a acessibilidade ao tratamento mais adequado à situação de saúde da pessoa, o cumprimento do tempo definido para a prioridade estabelecida para cada situação clínica, com maior destaque para as prioridades emergente e muito urgente. Adicionalmente, reduzirá intervenções desnecessárias no atendimento e encaminhamento da pessoa no SU.

De relembrar que constituíram constrangimentos no processo de desenvolvimento do presente relatório, o tempo de espera para a realização do Curso de Triagem pelo GPT, inicialmente programado para o mês de Maio e apenas foi possível em Novembro, devido a disponibilidade do GPT.

Outra dificuldade foi relacionada com a morosidade no processo burocrático visando obter autorização para a colheita de dados em Moçambique o que contribuiu para que a realização do trabalho se estendesse para além do inicialmente previsto.

Não menos importantes, as dificuldades pessoais de carácter linguístico, e de comunicação profissional especializada, cultural e organizacional, exigiram de mim um esforço redobrado para a integração no processo de ensino e de aprendizagem, assim como, na aquisição e consolidação de conhecimentos propostos para esta formação.



A partir do presente relatório de Trabalho de Projeto, é possível visualizar várias linhas de pensamento para desenvolvimentos de projetos futuros em Moçambique, entre os quais cabe-me destacar os seguintes:

- ✓ Aprimoramento da aplicação de fluxogramas de atendimento e encaminhamento com um sistema de triagem integrado em outros hospitais nacionais, com o objetivo de promover a segurança da pessoa admitida no SU;
- ✓ Projeto de promoção da segurança da pessoa através da reavaliação e reestruturação da rede nacional de urgência no país, o que permitirá avaliar o modelo de atendimento vigente nos SU de território nacional;
- ✓ Participar na criação do Sistema Nacional de Emergências Médicas.

Por fim, considero que a realização do presente relatório de Trabalho de Projeto, propiciou o aprofundamento das competências especializadas de enfermagem preconizadas pelo CMEEPSC (ESEL, 2010), na área da segurança da pessoa em contexto de SU com a implementação de um STH, em concreto o STM. Este processo permitiu igualmente o alcance das competências conducentes ao grau de mestre em concordância com o definido no Decreto-Lei nº 74/2006 referente aos graus académicos e diplomas do ensino superior, o qual determina no artigo 15º, que o grau de mestre é conferido aos que demonstrem uma capacidade de análise e síntese, capacidade de aprender, habilidade para resolver problemas, capacidade de aplicar o conhecimento, capacidade de adaptar-se a situações novas, preocupação pela qualidade, capacidade para trabalhar a informação, capacidade de trabalhar autonomamente e em grupo e a vontade de vencer e de ter sucesso, o que penso ser patente no presente relatório de Trabalho de Projeto.

Deste modo, com o meu pensamento de enfermagem orientado no modelo teórico de Locsin (2005) *Tecnological competency as caring in nursing*, será possível promover a segurança da pessoa admitida no SU através da implementação do fluxograma de atendimento e encaminhamento por este enaltecer uma cultura organizacional no SU que possibilita conhecer a pessoa e por favorecer a sua segurança durante a prestação de cuidados.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aubin, K., Audet, G., Dallaire, C., Lavoie, A., Moore, L., & Poitras, J. (2010). Interrater agreement of canadian emergency department triage and acuity scale scores assigned by base hospital and emergency department nurses. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 12(1), 45–49. Acedido em 20/11/2014. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010540558&sitelte=ehost-live>
- Australian College for Emergency Medicine. (2013). Guidelines on the implementation of the australasian triage scale in emergency departments. Acedido em 20/12/2013. Disponível em [http://www.acem.org.au/media/policies\\_and\\_guidelines/G24\\_Implementation\\_\\_ATS.pdf](http://www.acem.org.au/media/policies_and_guidelines/G24_Implementation__ATS.pdf)
- Azeredo, T. R. M., Guedes, H. M., Rebelo de Almeida, R. A., Chianca, T. C. M., & Martins, J. C. A. (2014). Efficacy of the manchester triage system: A systematic review. *International Emergency Nursing*, 23(2), 1–6. doi:10.1016/j.ienj.2014.06.001
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, Lda.
- Beveridge, R., Ducharme, J., Janes, L., Beaulieu, S., & Walter, S. (1999). Reliability of the canadian emergency department triage and acuity scale: Interrater agreement. *Annals of Emergency Medicine*, 34(2), 155–159. doi:10.1016/S0196-0644(99)70223-4
- Bodansky, D. M. S. (2009). Ethical dilemmas in triage : A perspective from the Jewish philosophical tradition. *Ethics & Medicine*, 25(1), 49–56.
- Borges, T. I. P. R. (2012). *Análise de satisfação com o sistema de triagem no serviço de urgência*. Instituto Politécnico do Porto.
- Bornemann-Shepherd, M., Le-Lazar, J., Makic, M. B. F., DeVine, D., McDevitt, K., & Paul, M. (2015). Caring for inpatient boarders in the emergency department: Improving safety and patient and staff satisfaction. *Journal of Emergency Nursing*, 41(1), 23–29. doi:10.1016/j.jen.2014.04.012
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (2001). *Nursing as caring: A model for transforming practice*. Salisbúria, MA: Jones and Bartlett Publisher.

- Broadbent, M., Dwyer, T., & Moxham, L. (2014). Implications of the emergency department triage environment on triage practice for clients with a mental illness at triage in an australian context. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 17(1), 23–29. doi:10.1016/j.aenj.2013.11.002
- Christ, M., Grossmann, F., Winter, D., Bingisser, R., & Platz, E. (2010). Modern triage in the emergency department. *Deutsches Arzteblatt International*, 107(50), 892–898. doi:10.3238/arztebl.2010.0892
- Clark, S., Djurdjev, O., Fernandes, C. M., & Wuerz, R. (1999). How reliable is emergency department triage? *Annals of Emergency Medicine*, 34(2), 141–147. doi:10.1016/S0196-0644(99)70248-9
- Cole, L. M., Derlet, R. W., Nishio, D., & Silva, J. (1992). Triage of patients out of the emergency department: Three-year experience. *The American Journal of Emergency Medicine*, 10(3), 195–9. doi:10.1016/0735-6757(92)90207-E
- Considine, J., LeVasseur, S. A., & Villanueva, E. (2004). The australasian triage scale: Examining emergency department nurses' performance using computer and paper scenarios. *Annals of Emergency Medicine*, 44(5), 516–523. doi:10.1016/j.annemergmed.2004.04.007
- Cooke, M. W., & Jinks, S. (1999). Does the manchester triage system detect the critically ill? *Journal Of Accident & Emergency Medicine*, 16(3), 179–181. Acedido em 06/03/2015. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=10353042&sit e=ehost-live>
- Cordeiro, A. C. (2002). Triagem nos serviços de urgência geral. *Nursing*, 12–16.
- Crane, P. W., Zhou, Y., Sun, Y., Lin, L., & Schneider, S. M. (2014). Entropy: a conceptual approach to measuring situation-level workload within emergency care and its relationship to emergency department crowding. *Journal of Emergency Medicine*, 46(4), 551–559. doi:10.1016/j.jemermed.2013.08.113
- Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de Março (2006). Lei de bases do sistema educativo referente à organização do ensino superior. *Diário Da República*, 1ª Série, Nº 60. 2242-2257.
- Direcção-Geral da Saúde. (2011). *Estrutura concetual da classificação internacional sobre segurança do doente: Relatório técnico final*. Lisboa.

- Donabedian, A. (1990). The seven pillars of quality. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 114(11), 1115–8.
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). Objectivos e competências do curso de mestrado em enfermagem na área de especialização pessoa em situação crítica. Lisboa. Acedido em 09/06/2015. Disponível em <http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/64523D0E-CBA6-4C1F-B38C-65E531525C4C/0/Objectivosecompetenciasportal.pdf>
- Fernandes, C., Tanabe, P., Gilboy, N., Bonalumi, N., Johnson, L. A., McNair, R. S., ... Travers, D. A. (2005). Five-level triage: A report from the ACEP/ENA five-level triage task force. *Journal of Emergency Nursing: JEN: Official Publication of the Emergency Department Nurses Association*, 31(1), 39–50. doi:10.1016/j.jen.2004.11.002
- Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, M. (2010). Metodologia de projecto: Coletânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1–38.
- Gilboy, N., Tanabe, P., Travers, D., & Rosenau, A. M. (2012). *Emergency severity index (ESI): A triage tool for emergency department care, version 4, implementation handbook*. Rockville: AHRQ Publication. Acedido em 18/03/2015. Disponível <http://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/esi/esihandbk.pdf>
- Grupo Português de Triage. (2009). *Triage no serviço de urgência: Manual do formando*. (A. Marques & P. Freitas, Eds.) (3ª ed.). Lisboa: BMJ Publishing Group 1977.
- Grupo Português de Triage. (2015). História da triagem de Manchester. Acedido 27/04/2015. Disponível em <http://www.grupoportuguestriage.pt/jm/index.php/component/content/article/14-conteudos/91-historia-da-triagem-de-manchester>
- Henneman, E. a., Gawlinski, A., & Giuliano, K. K. (2012). Surveillance: A strategy for improving patient safety in acute and critical care units. *Critical Care Nurse*, 32(2), 9–19. doi:10.4037/ccn2012166
- Hospital Geral José Macamo. (2015). Conselho consultivo. Maputo Cidade.
- Howard, P. K., & Steinmann, R. A. (2010). *Enfermagem de urgência: Da teoria a prática* (6ª ed.). Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda.

- Instituto Nacional de Estatística. (2015). Indicadores demográficos e sociais. Acedido em 13/04/2015. Disponível em <http://www.ine.gov.mz/estatisticas/estatisticas-demograficas-e-indicadores-sociais>
- Iseron, K. V., & Moskop, J. C. (2007). Triage in medicine, part I: Concept, history, and types. *Annals of Emergency Medicine*, 49(3), 275–281. doi:10.1016/j.annemergmed.2006.05.019
- Jiménez, J. G., Murray, M. J., Beveridge, R., Pons, J. P., Cortés, E. A., Garrigós, J. B. F., & Ferré, M. B. (2003). Implementation of the canadian emergency department triage and acuity scale (CTSA) in the principality of Andorra: Can triage parameters serve as emergency department quality indicators? *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 5(5), 315–22.
- Kadri, F., Harrou, F., Chaabane, S., & Tahon, C. (2014). Time series modelling and forecasting of emergency department overcrowding. *Journal of Medical Systems*, 38(9), 107. doi:10.1007/s10916-014-0107-0
- Klim, S., Kelly, A.-M., Kerr, D., Wood, S., & McCann, T. (2013). Developing a framework for nursing handover in the emergency department: an individualised and systematic approach. *Journal of Clinical Nursing*, 22(15), 2233–2243. doi:10.1111/jocn.12274
- Lage, M. J. (2011). Segurança do doente: Da teoria à prática clínica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 11–16. Acedido em 23/02/2015. Disponível em [https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/2-Seguranca-do-doente\\_da-teoria-a-pratica-clinica.pdf](https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/2-Seguranca-do-doente_da-teoria-a-pratica-clinica.pdf)
- Lins, B. F. E. (1993). Ferramentas básicas da qualidade, 22(2), 153–161. Acedido em 02/10/2015. Disponível em <http://revista.ibict.br/ciinf/index.php/ciinf/article/viewFile/1190/833>
- Locsin, R. C. (2005). *Technological competency as caring in nursing: a model for practice*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International.
- Locsin, R. C., & Purnell, M. (2007). Rapture and suffering with technology in nursing. *International Journal for Human Caring*, 11(1), 38–43.
- Locsin, R. C., & Purnell, M. J. (2009). *A contemporary nursing process: The (un)bearable weight of knowing in nursing*. New York: Springer Publishing Company, Inc.

- Lossius, H. M., Rehn, M., Tjosevik, K. E., & Eken, T. (2012). Calculating trauma triage precision: Effects of different definitions of major trauma. *Journal of Trauma Management & Outcomes*, 6(1), 9. doi:10.1186/1752-2897-6-9
- Manchester Triage Group. (2014). *Emergency triage*. (K. Mackway-Jones, J. Marsden, & J. Windle, Eds.) (3<sup>rd</sup>ed). Oxford, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Mansour, M., James, V., & Edgley, A. (2012). Investigating the safety of medication administration in adult critical care settings. *Nursing in Critical Care*, 17(4), 189–197. doi:10.1111/j.1478-5153.2012.00500.x
- Ministério da Saúde. (2007). *Recomendações sobre a organização dos espaços do serviço de urgência*. Lisboa.
- Ministério da Saúde. (2013). *Plano estratégico do sector da saúde (PESS) 2014-2019*. Maputo.
- Moll, H. A., Oostenbrink, R., Seiger, N., Van Ierland, Y., & Van Veen, M. (2013). Alarming signs in the manchester triage system: A tool to identify febrile children at risk of hospitalization. *The Journal of Pediatrics*, 162(4), 862–866.e3. doi:10.1016/j.jpeds.2012.09.044
- Murray, M. (2003). The canadian triage and acuity scale: A canadian perspective on emergency department triage. *Emergency Medicine Australasia*, 15(1), 6–10. doi:10.1046/j.1442-2026.2003.00400.x
- Neweberry, L., & Sheehy, S. (2001). *Enfermagem de urgência : Da teoria à prática* (4<sup>a</sup> ed.). Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Panesar, S. S., Carson-Stevens, A., Salvilla, S. A., & Sheikh, A. (2014). *Patient safety and healthcare improvement: at a glance*. West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro. (2011). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. Diário da República, 2<sup>a</sup> série - N.º 35 8656-8657.
- Resendiz, J. L., Estrada, M. D. V. M., & Quezada, R. L. (2006). Triage en el servicio de urgencias. *Revista Medicina Interna de Mexico*, 22(4), 310–316. Acedido em 18/03/2015. Disponível em [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662008000400011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400011)
- Santos, A. P., Freitas, P., & Martins, H. M. G. (2013). Manchester triage system version II and resource utilisation in the emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 1–5. doi:10.1136/emermed-2012-201782

- Santos, M. C. dos, Grilo, A., Adrade, G., Guimarães, T., & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: Problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 47–57. Acedido em 29/05/2015. Disponível em <http://www.elsevier.pt/en/node/2455668>
- Storm-Versloot, M. N., Ubbink, D. T., Chin a Choi, V., & Luitse, J. S. K. (2009). Observer agreement of the manchester triage system and the emergency severity index: A simulation study. *Emergency Medicine Journal : EMJ*, 26(8), 556–60. doi:10.1136/emj.2008.059378
- Tanabe, P., Gimbel, R., Yarnold, P. R., Kyriacou, D. N., & Adams, J. G. (2004). Reliability and validity of scores on the emergency severity index version 3. *Academic Emergency Medicine*, 11(1), 59–65. doi:10.1197/j.aem.2003.06.013
- Vlahaki, D., & Milne, W. K. (2009). Meeting canadian emergency department triage and acuity scale benchmarks in a rural emergency department. *Canadian Journal of Rural Medicine*, 14(3), 101–104. Acedido em 28/11/2014. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010342877&site=ehost-live>
- Williams, S., & Crouch, R. (2006). Emergency department patient classification systems: A systematic review. *Accident and Emergency Nursing*, 14(3), 160–70. doi:10.1016/j.aaen.2006.06.002
- Zimmermann, P. G. (2001). The case for a universal, valid, reliable 5-tier triage acuity scale for US emergency departments. *Journal of Emergency Nursing*, 27(3), 246–254. doi:http://dx.doi.org/10.1067/men.2001.115284



## **ANEXOS**

## **ANEXO I – Fluxograma do Sistema de Triagem de Manchester**

### Fluxograma do Sistema de Triage de Manchester

1- Agressão	14- Diarreia e/ou Vômitos	27- Erupções cutâneas	40- Palpitações
2- Alergia	15- Dispneia	28- Estado de inconsciência/Síncope	41- Problemas estomatológicos
3- Asma	16- Dispneia na criança	29- Exposição a químicos	42- Problemas faciais
4- Auto-agressão	17- Doença mental	30- Feridas	43- Problemas nos membros
5- Bebê que chora	18- Doenças sexualmente transmissíveis	31- Grande traumatismo	44- Problemas oftalmológicos
6- Cefaleia	19- Dor abdominal	32- Gravidez	45- Problemas nos ouvidos
7- Comportamento estranho	20- Dor abdominal na criança	33- Hemorragia gastro-intestinal	46- Problemas urinários
8- Convulsões	21- Dor cervical	34- Hemorragia vaginal	47- Queda
9- Corpo estranho	22- Dor de garganta	35- Indisposição no adulto	48- Queimaduras profundas e superficiais
10- Criança com dificuldade na locomoção	23- Dor lombar	36- Infecções locais e abscessos	49- Sobredosagem ou envenenamento
11- Criança irritável	24- Dor testicular	37- Lesão toraco-abdominal	50- TCE – Traumatismo crânio-encefálico
12- Criança que não se sente bem	25- Dor torácica	38- Mordeduras e picadelas	51- Catástrofe – Avaliação primária
13- Diabetes	26- Embriaguez aparente	39- Pais preocupados	52- Catástrofe – Avaliação secundária

Fonte: GPT (2009)

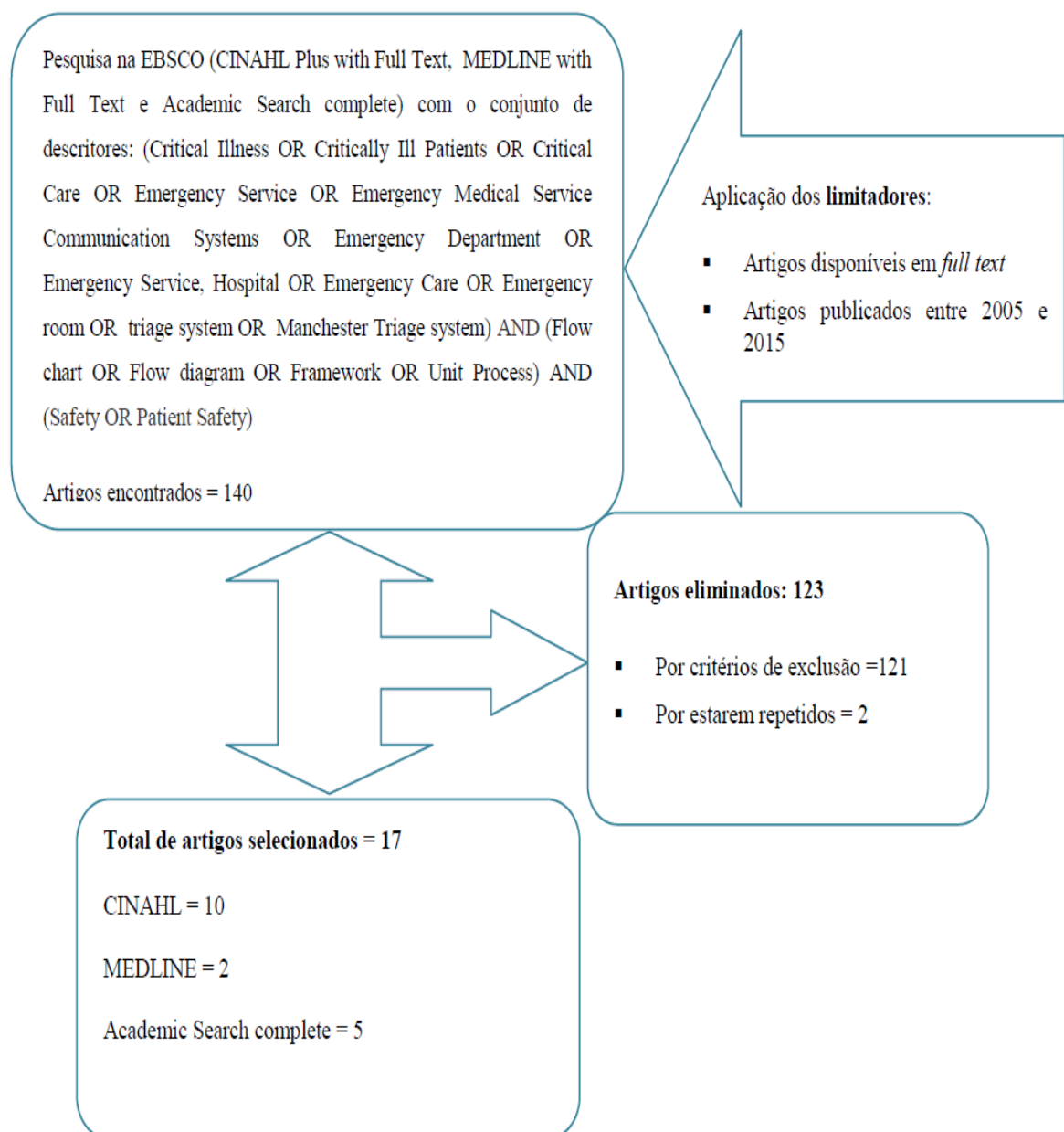
## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE I – Cronograma das atividades**

### Cronograma das atividades

Local e/ou atividade	Ano e Mês	2015										2016	
		Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro
Elaboração do Pré-projecto													
Pesquisa bibliográfica													
Revisão Integrativa da Literatura													
Estágio de observação no SU de um Hospital Central em Lisboa													
Entrevistas no SU do Hospital Geral em Moçambique													
Curso de triagem do GPT													
Síntese e elaboração do relatório													
Entrega do Trabalho final													

## **APÊNDICE II – Estratégia de pesquisa da Revisão Integrativa de Literatura**



Estratégia de pesquisa



**APÊNDICE III – Guião de conversas informais no Serviço de Urgência de um Hospital Central da área de Lisboa**

### Guião de conversas informais

<b>Objetivo: Identificar representações dos enfermeiros sobre o processo de triagem</b>	
<b>Questões</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. O que é necessário para a concretização do STM?</li><li>2. Quais as vantagens que um sistema de triagem como o de Manchester traz à pessoa admitida no serviço de urgência?</li><li>3. Este sistema permite a intervenção do enfermeiro na promoção da segurança do doente?</li><li>4. De que modo a intervenção do enfermeiro na triagem no serviço de urgência tem impacto na melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente?</li><li>5. Qual deve ser a preparação específica do enfermeiro de triagem?</li><li>6. Que dificuldades reconhece/sente ao fazer triagem?</li><li>7. Que limitações reconhece no uso do STM?</li><li>8. Além do enfermeiro, que outros recursos humanos são necessários? Como deve ser constituída a equipa de triagem?</li><li>9. Da sua experiência, que fatores dificultam o tempo de atendimento dos doentes e a qualidade dos cuidados?</li></ol>

**APÊNDICE IV – Despacho do pedido de autorização para a colheita de dados no  
Serviço de Urgência do Hospital Geral em Moçambique**



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

GOVERNO DA CIDADE DE MAPUTO  
DIRECÇÃO DE SAÚDE DA CIDADE DE MAPUTO  
**GABINETE DO DIRECTOR**

Visto  
B. Solomonho  
12/11/15

Ao

MAPUTO

N/Ref. nº 7456 /DSCM-GD/024-1/2015

Data: 13 de Novembro de 2015

**ASSUNTO:** Resposta ao pedido de autorização para a realização de entrevistas aos profissionais de saúde do Serviço de Urgências do Hospital Geral José Macamo

A Direcção de Saúde da Cidade de Maputo endereça os seus melhores cumprimentos e acusa a recepção da Nota n.º 1607/024.1/HGJM/2015, de 26/10/2015, através da qual se envia o requerimento formulado pelo Senhor **Abelísio Edérito Anselmo Bila**, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no qual solicita a autorização para a realização de entrevistas aos profissionais de saúde do Serviço de Urgências do Hospital Geral [REDACTED], no âmbito do processo de desenvolvimento do projecto de pesquisa intitulado *“Sistema de Triagem de Manchester: intervenção do enfermeiro na promoção da segurança da pessoa em situação crítica nos Serviços de Urgência em Moçambique”*, com a finalidade de obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem.

Sobre a matéria, comunica-se que a Direcção de Saúde da Cidade de Maputo autoriza a realização da entrevista.

Sem mais de momento, queiram aceitar as nossas calorosas saudações.

A Directora  
Dra. Alice Pedro Magaia de Abreu  
(Médica Generalista-Interno de 1ª)

Endereço: Direcção de Saúde da Cidade de Maputo  
C.P. 2217  
Av. Maguiguana nº 1240  
E-mail: dscm.gabdirector@gmail.com

Telefone: 21-360276/7  
Telefax: 21-430212  
MAPUTO - República de Moçambique

**APÊNDICE V – Guião de entrevista no Serviço de Urgência do Hospital Geral em Moçambique**

### **Guião de entrevista**

<b>Objetivo: identificar representações sobre a implementação do Sistema de Triagem de Manchester no serviço de urgência</b>	
<b>Questões</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Vejo que neste momento está implementado no seu serviço o STM. A que se deveu essa necessidade. Qual é a sua opinião sobre este sistema e para que serve?</li><li>2. Qual é a sua opinião sobre este sistema? Que melhorias a sua implementação traz para o atendimento dos doentes?</li><li>3. Quem são os profissionais responsáveis por esta metodologia de atendimento? Quem deveria ser?</li><li>4. Qual a preparação dos profissionais para trabalhar com o STM a nível deste serviço?</li><li>5. Na sua opinião, que dificuldades existem neste serviço relativamente ao atendimento clínico? Como deveriam ser resolvidas?</li></ol>

**APÊNDICE VI – Protocolo de entrevista no Serviço de Urgência do Hospital Geral  
em Moçambique**

## **Protocolo da entrevista**

### **1. Vejo que neste momento está implementado no seu serviço o STM. A que se deveu essa necessidade?**

Na verdade, a implementação do sistema creio que já fazia parte do plano do Ministério da Saúde e do Sistema Nacional de Saúde. Porque o que se observava é que no serviço de urgência não se priorizava a gravidade dos pacientes mas sim, o tempo de espera. Consequentemente o número de óbitos era alto, as filas para observação também eram muito longas e desorganizadas. Então, o sistema de triagem é uma das grandes vantagens, ajudou também a minimizar esses dois inconvenientes.

### **2. Qual é a sua opinião sobre este sistema? Que melhorias a sua implementação traz para o atendimento dos doentes?**

Relativamente ao atendimento dos doentes como já tinha dito, bom... claramente que as nossas filas ficaram bem mais organizadas e agora temos melhor priorização em termos de emergências médicas e mesmo para o manejo e estabilização dos doentes, conseguimos ganhar mais tempo se comparado ao tempo em que o sistema não tinha sido implementado. Outra vantagem acredita que é com relação ao tempo de espera, este Sistema de Triagem reduziu significativamente o tempo de espera dos nossos doentes muito graves e com a triagem também conseguimos observar que grande parte dos doentes que vem ao serviço não tem critérios de urgência. Esse é um grande achado, por causa dos centros de saúde e hospitais periféricos que não tem serviço de urgências que deveriam atender esses doentes. Na verdade eles enviam para nós e muitos deles não tem critérios de urgência.

A implementação deste sistema no nosso serviço consciencializa-nos para a necessidade de recursos humanos e materiais para a prestação de cuidados no serviço e para necessidade de investimento na infraestrutura visando melhorar o estabelecimento de prioridades clínicas.



### **3. Quem são os profissionais responsáveis por esta metodologia de atendimento? Quem deveria ser?**

Bom, na verdade os reais intervenientes em todo processo de triagem são primeiro os administrativos, no registo dos pacientes e na abertura de novos episódios, depois...o ideal seria que os enfermeiros fossem colocados a fazer a triagem mas no nosso caso nós consideramos que os enfermeiros não tinham conhecimento técnico e em semiologia para atender a exigência do sistema de triagem, e também o número de enfermeiros é reduzido. Basicamente quem faz a triagem são os técnicos de medicina e se não tiverem técnicos disponíveis, os médicos também fazem a triagem.

### **4. Qual a preparação dos profissionais para trabalhar com o STM a nível deste serviço?**

Na verdade esse é um dos maiores constrangimentos com a implementação do sistema de triagem, porque tanto a instituição, bem como, os profissionais integrados no sistema de triagem não tiveram nenhum tipo de preparação ou nenhum tipo de formação direcionada para o sistema de triagem. Então, a princípio o que estamos a usar são apenas conhecimentos gerais e aquilo que nos foi explicado. Mas formação como tal, não tivemos ainda. Acredito que possamos ter até ao final do ano porque essa foi a promessa, mas até agora ainda não temos nenhum tipo de formação.

### **5. Na sua opinião, que dificuldades existem neste serviço relativamente ao atendimento clínico? Como deveriam ser resolvidas?**

Para falar a verdade, qualquer tipo de mudança, qualquer tipo de comportamento novo é difícil de ser implementado, isso é um fato. Portanto se os dirigentes não controlam se o sistema está funcionar, uma vez que o sistema antigo era mais fácil, os profissionais acabem sempre optando pelo mais fácil e as vezes a implementação fica meio defeituosa por esse motivo. Então nem sempre os profissionais querem fazer isso. Mas no entanto, eu acredito também que exista muita discrepância em termos de achados clínicos e a tal gravidade e atribuição da cor correta ou prioridade correta de atendimento aos pacientes, porque muitas vezes vemos os pacientes com dificuldade respiratória mas no entanto tem fita da cor verde ou azul, independentemente do grau, se o doente tem dificuldade respiratória deve se ter alguma atenção.

Outro constrangimento é referente a integração dos outros serviços, que na verdade o paciente é triado e fica na fila para ser atendido pelo médico, e depois da observação médica, este deve ficar na fila para as análises clínicas, para os exames imagiológicos e é sempre uma complicação. Na minha opinião, esse fluxo ainda não está muito bem adaptado ao serviço e tinha que ser melhorado.

O fato de a prioridade só ser usada na triagem e no atendimento médico, e não nos outros setores do serviço de urgência como é o caso da radiologia e análises clínicas tem contribuído negativamente para o atendimento aos nossos doentes, porque na verdade o sistema de triagem só está sendo usado a nível do banco de socorros e os outros serviços não tem conhecimento mínimo do que é triagem de Manchester, na verdade só nós é que sabemos o que é priorização. Então, significa que não é só o banco de socorros que deve ter a formação, é o hospital todo deve ter a formação para este fluxo seja melhorado e o tempo de espera seja igualmente melhorado.

Deve igualmente ser adquirido equipamento como computadores para as restantes salas do SU para permitir continuidade de prestação de cuidados e a troca permanente de informação entre nós como profissionais do serviço.

Sem mais nenhuma questão, muito obrigado pela sua colaboração!

**APÊNDICE VII – Equipamento a adquirir para a otimização do Sistema de  
Triagem de Manchester no Serviço de Urgência do Hospital Geral em  
Moçambique**

### Equipamento a ser adquirido

Setor	Computador	Termómetro	DINAMAP Com acessórios	Monitor multiparâmetro	Glicómetros	Ventilador mecânico		Telefone fixo	Sistema de comunicação de alta voz
						Invasivo	Não invasivo		
Admissão	0	0	0	0	0	0	0	1	Para todos setores do Serviço de Urgência
Sala de triagem	0	2	2	0	2	0	0	2	
Balcão de atendimento médico	5	5	5	0	0	0	0	5	
Pequena cirurgia	1	1	0	0	0	0	0	1	
Sala de tratamento de patologia de foro asmático	1	1	2	0	0	0	0	1	
S.O Pediatria	2	2	2	0	2	1	1	1	
S.O Medicina	4	2	4	0	4	1	1	1	
Reanimação	2	2	2	4	1	2	2	1	
Laboratório de análises clínicas	2	0	0	0	0	0	0	1	
Radiologia	2	0	0	0	0	0	0	1	
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>15</b>	<b>17</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>15</b>	